Rok XXX. Kraków, 15 Sierpnia 1891. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsca po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do leczenia tętniaków.

Podał
Dr. Ziembicki,
prymaryjusz szpitala powszechnego we Lwowie.

Kwestyja leczenia tętniaków jest ciągle jeszcze na porządku dziennym, i stanowiła jedno z pytań głównych na ostatnim zjeździe chirurgów w Paryżu. Zauważyć także należy, że w kraju naszym spotykamy się z tętniakami dość rzadko, skoro n. p. przy olbrzymim materyjale oddziału chirurgicznego we Lwowie, w przeciągu lat ośmiu, obserwowałem ledwo trzy przypadki tętniaków na przeszło 20.000 chorych. Uznałem zatem za stosowne przedstawić Panom dwóch chorych leczonych przezemnie w roku bieżącym, i z powodu odmiennej metody zastosowanej u każdego z nich, zastanowić się nad najlepszym sposobem rozwiązania zadania, które często chirurgowi niemałe stawia trudności.

Pierwszy mój chory, J. Jawety, którego Panowie widzicie przed sobą, jest to młody człowiek, niemający jeszcze lat 25. Podczas służby wojskowej, a więc przed trzema laty, poczuł pierwsze dolegliwości w kolanie prawem, bolesność, pulsowanie, szczególnie klęcząc wśród ćwiczeń. Najwięcej dokuczyły mu manewry w lecie 1889 r., a osłabienie nogi i zmęczenie ogólne pod wieczór stawały się nader wybitnemi; jednak po wypoczynku nocnym był w stanie służbę swą dalej pełnić. Chociaż kilkakrotnie się zgłaszał jako chory, lekarze wojskowi uznawali go zawsze za zupełnie zdrowego. Wróciwszy z wojska, zauważył w zimie 1889—90 r. guz pulsujący pod kolanem, który powoli rosnąc, posuwał się ku dolnej i wewnętrznej stronie prawego uda. Niemogąc dalej pracować, wstąpił do szpitala lwowskiego 11 czerwca 1890 roku.

Badanie wykazuje *aneurysma arteriae popliteae dextrae*, wielkości gęsiego jaja, dosyć odgraniczone, przy dotyku miernie bolesne, pulsujące mocno. Ucisk na tętnicę udową pulsacyję wstrzymuje, jednak nie zmniejsza objętości guza, kolano jest zgięte pod kątem otwartym tak, że chodzenie bez laski jest niemożliwe. Innerwacyja i ciepłota kończyny niezmienione, ale chory ma poczucie bólu, cierpnienia i niedowładu.

Pod względem etyjologicznym wywiady i badanie dają rezultat ujemny. Chory nie doznał żadnego urazu, nie przebywał ani kiły ani reumatyzmu, tętnice wydają się zupełnie prawidłowe, niema śladu zmian miażdżycowych; serce jest zupełnie zdrowe. Nie można więc mieć na myśli tego rodzaju tętniaków, który, jak to wykazali Ponfick i Eppinger, powstaje na tle embolii mikroparazytycznych.

Jesteśmy więc wobec wyjątkowego przypadku tętniaka u człowieka młodego, dość silnie zbudowanego i nie wiemy, z jakiego powodu tętniak ten powstał.

Nie mogę tutaj omawiać wszystkich metod leczenia tętniaków. Liczba ich jest spora, co najlepiej dowodzi, jak często zawodzą; w dzisiejszym stanie chirurgii, kwestyja zdaje się bliższą rozstrzygnięcia i wybór mniej trudnym. Z góry więc zaznaczam, że mam na myśli metodę, która usuwa chorobę doszczętnie, za pomocą ekstyrpacyi. Jednak zabieg to trudny, wielki, i chociaż przekonanie ma się głębokie o jego wyższości, to przecież prawie niepodobnem jest uciekać się do niego odrazu, z pominięciem metod, że tak powiem, więcej konserwatywnych, jakiemi są uciskanie lub podwiązanie doprowadzających tętnic. Billroth stanowczo poleca zawsze od takowych zaczynać. A jednak bardzo pouczająca i dokładna statystystyka Delbeta z ostatnich już czasów, wykazuje, że leczenie tętniaków metodycznem uciskaniem, nie dało zbyt świetnych wyników. Na 213 przypadków, wyleczono 110 czyli tylko 51.5%. U 87 chorych, czyli 40.6% stan pozostał niezmieniony, a 16 razy zabieg okazał się wręcz szkodliwym, lub zgubnym. Więc nie obiecując sobie zbyt wiele zacząłem stosować najsamprzód metodę ucisku sposobem Reida, opaską Esmarcha. Skutek był ten, że pulsacyje nie ustały, ale natomiast obrzęk znacznie się powię-

kszył, i *aneurysma verum* w naszych oczach przemieniło się w *aneurysma spurium*: pękła widocznie ściana tętniaka.

Zadanie stawało się trudniejszem z dniem każdym, bo w obecnych warunkach sądziłem, że ekstyrpacyja tętniaka jest niewykonalną. Przy ogromnem powiększeniu się tumoru, mogłem łatwo być zmuszonym przy wycinaniu zakładać zbyt nisko dolną podwiązkę, na truncus peroneotibialis, lub nawet na tętnicy tibialis antica, co mogło przyprawić chorego o zgorzel odnogi lub śmierć.

Rad nierad, musiałem więc obrać drogę inną, i zdecydowałem się podwiązać tętnicę udową, powyżej tętniaka. — Lecz i z tą metodą nie stoimy na gruncie pewnym; zdania są nadzwyczaj podzielone w jakiej wysokości wypada tętnicę podwiązać, a spór się toczy od roku 1710. Wtedy to Anel, chirurg włoski, wykonał podwiązanie tuż nad tętniakiem, wykluczając wszelkie gałązki tętnicze między podwiązką a workiem. Metoda ta, do dziś dnia wogóle uważaną jest za najlepszą. Przeciwnie Hunter wiązał znacznie wyżej, dopuszczając istnienie krążenia pobocznego między tętniakiem a podwiązką.

Niedawno obrady w Towarzystwie chirurgów w Londynie uwydatniły różnice te dziś jeszcze krzyczące tak dalece, że dr. Pollock przemawiał za tem, aby w razie tętniaka tętnicy kolanowéj, podwiązkę zakładać jak najwyżej, mianowicie aż do *arteria iliaca externa*. Badania bowiem Savoryogo, a dawniejsze także profesora Broca wykazały, że na 17 przypadków podwiązania tętnicy udowej 15 razy światło tętnicy nie było skrzepem zatkane.

Co do mego chorego, postanowiłem zastosować metodę Anela, i podwiązać tętnicę udową tuż nad samym tętniakiem, uważając, że sposób ten najwięcej zabezpiecza przeciwko powrotowi krążenia w tętniaku, a zatem najmniej naraża na recydywę. Wypadało na każdy sposób obliczyć szanse chorego. W tej mierze oświecić mogło badanie statystyk. Statystyka Norris-Broca odnosząca się do czasów przedantyseptycznych, podaje na 156 podwiązań tętnicy udowej z powodu *aneurysma art. popliteae*, 28 przypadków zgorzeli czyli 18%. Rezultat to fatalny. Statystyka Delbeta, pochodząca już z peryjodu antyseptyki, kiedy gojenie ran następuje *per primam*, wykazuje na 112 podwiązań tętnicy udowej przy *aneurysma popliteum*, 73 wyzdrowień (65%), 9 zgorzeli (8%), 7 krwotoków (6.2%) i 6 zropień (5.3%) zakończonych amputacyją. Wyniki są więc znacznie lepsze.

U chorego mego wykonałem więc podwiązanie tętnicy udowej metodą Anela przed trzema tygodniami. Rana zagoiła się przez rychłozrost, a dziś przedstawiam Panom rezultat do ocenienia. Nie zdaje mi się, jakoby był zupełnie zadowalającym. Funkcyja kończyny jest tak samo złą, jak była przed operacyą; guz mało co się zmniejszył — jednak pulsacyje ustały. Z drugiej strony chory narażony jest jeszcze na zropienie, lub nawet zgorzel wskutek możliwego zatoru pochodzącego z skrzepów tętniaka. Być może, że z czasem wszystko się polepszy, ale metoda podobna nie może zaspokoić zupełnie tembardziej, że i recydywa wykluczoną nie jest. Powrót tętnienia w pierwszych czasach nie jest jeszcze dowodem recydywy, a Broca wykazał, że kilkudniowe krążenie częściowe w tętniaku, ułatwia osadzanie się tak zwanych skrzepów czynnych, grających główną rolę w zamknięciu ostatecznym tętniaka.

Streszczając, uznaję, że o wyniku operacyi u chorego mojego jeszcze ostatecznie sądzić nie można, ale na razie wynik dla chirurga zadowalającym nie jest, a dla chorego nie minęła jeszcze możliwość niebezpieczeństwa zgorzeli lub recydywy.

Inaczej rzecz się przedstawia z drugim chorym, Józefem Pirogiem, którego także ze Lwowa sprowadziłem, aby się z Panami doświadczeniem mojem podzielić. Jak widzicie, mężczyzna to silny, lat 33 mający, noszący prawie wzdłuż całego przebiegu tętnicy udowej prawej bliznę powstałą z operacyi.

Przed laty 9, skaleczony został scyzorykiem o jakie 6 centimetrów poniżej więzadła Pouparta. Rana się zagoiła po znacznem krwawieniu, ale od lat 4 wśród bólów i cierpienia kończyny zaczął się rozwijać guz tętniący, który nagle w przeciągu 48 godzin doszedł do ogromnych rozmiarów, równając się objętości strusiego jaja. W przypadku tym podwiązałem tętnicę powyżej i poniżej tętniaka, a cały tumor wyciąłem. Trudności jednak, jakie się napotyka w tym zabiegu, lekceważyć nie można. Mimo że wskutek podwiązania głównego pnia tętnienie ustaje, to przy dysekcyi worka natrafia się na nadmiernie rozszerzone naczynia poboczne, przed których krwawieniem tylko częściowo uchronić się można. Jest to formalnie krwawa kąpiel, a chirurg szybkością swoją musi iść na wyścigi z upływającą na wszystkie strony krwią. Znaczną część worka udało mi się jednak oddzielić; w głębi tylko część ściany pozostawiłem nietkniętą, obawiałem się bowiem nadwerężyć *Art. femor. profund.* Ogromną ranę przeważnie spoiłem, resztę workiem gazy jodoformowej wytamponowałem. W siedm tygodni później chory szpital opuścił, a dziś widzicie go Panowie całkiem wyleczonego, z władzą w kończynie zupełnie odzyskaną

Jest to wynik kompletnie świetny i stanowczy. Metoda to wprawdzie nie młoda, bo od Antyllusa pochodzi, ale era antyseptyki odmłodniła ją, zapewniając jej względną bezkarność. Delbet na 18 przypadków liczy 14 wyzdrowień, Leon Comte na 22 wyzdrowień 20. Wreszcie Bardeleben ostrzega przed zranieniem lub podwiązaniem żyły towarzyszącej tętnicy głównej. Niema wątpliwości, że nieszczęścia tego trzeba unikać jak najstaranniej, jednak niekoniecznem następstwem będzie zgorzel kończyny.

Wskutek długiego trwania tętniaka wyrobiło się w wysokim stopniu krążenie poboczne, tak w przypadkach Köhlera i Annandala, *Vena poplitea* resekowaną została w długości 4—6 centymetrów, bez żadnego złego następstwa.

U mego chorego nastąpiło także zranienie *Venae femoralis* i podwiązanie tejże, a nie pociągnęło za sobą nawet wybitniejszego obrzęku u stopy.

W leczeniu tętniaków, jestem więc za metodą radykalnego usunięcia przez wycięcie całego worka. Zostawiając worek i zadawalniając się podwiązaniem, naraża się chorego na upośledzenie funkcyi, a wreszcie na niebezpieczeństwo zgorzeli lub recydywy.

Ważny wyjątek stanowią jednak tętniaki tętnic szyjnych i mimo pięknego wyniku, jaki nam kol. Bossowski pokazuje, jestem zdania, że w tych przypadkach należy uciekać się zrazu do metodycznego uciskania.

Statystyka Norris-Broca wykazuje bowiem 32% powikłań ciężkich ze strony mózgu po podwiązaniu tych tętnic; z drugiej strony wyniki szczęśliwe wskutek zastosowania uciskania są nam znane, a najgłośniejsze między niemi, wyleczenie przez Vanzettiego dwóch tętniaków tętnicy ocznej (*Arteria ophtalmica*).

LITERATURA: Follin: Pathologie externe. T. II. — Eppinger. Archiv. f. klinische Chirurgie. T. 35, Heft 3, 1887. — Delbet. Revue de chirurgie, Nr. 7, 1888. — Savory. Lancet 1886, December 18. — Köhler. Charité-Annalen, XI Band — Leon Comte. Lyon-Médical 1885. — Congrès de Chirurgie Française 1889.

II. Kilka słów o leczeniu gorączki połogowej.

Podał
Dr. Heliodor Święcicki z Poznania.

Na początku tego roku, bo w Nrze 4 „Przeglądu Lekarskiego" podałem projekt leczenia połogowych zakażeń, polegający na wywołaniu zwiększonej działalności narządów gruczołowych, a mianowicie nerek, gruczołów potnych i śliniankowych, przez wprowadzenie do ustroju znacznej ilości wody i używanie podskórnych wstrzykiwań chlorku pilokarpiny. Opierając się na badaniach Bourgeta, Queirola, Sanquirica i Sahliego, wychodziłem z zasady, że przez te gruczołowe narządy jesteśmy w możności wydalić jadowite składniki z ustroju zakażonej osoby. Pożniejsze badania Brunnera i innych, wykazujące drobnoustroje w pocie i ślinach zakażonych osób, zdaje się, że przemawiają za racyjonalnością takiej terapii. W ostatnich czasach i Lichtheim z Królewca podaje *per os* ze skutkiem w chorobach zakaźnych znaczne ilości płynów.

Dotychczas starano się zakażenie połogowe, jeżeli takowe nie wniknęło jeszcze zupełnie do ustroju, usuwać przez wczesne miejscowe leczenie zakaźnego ogniska, czy to przez przemywanie jamy macicznej środkami przeciwgnilnemi, czy to przez przyżeganie lub wyskrobanie błony śluzowej. Przeciw ostatniemu środkowi leczniczemu wystąpił niedawno Fritsch, gdyż zdaniem jego jest rzeczą więcej niż problematyczną, czy przez wyskrobanie błony śluzowej istotnie możemy jad zakaźny z macicy usunąć. Wyłyżeczkowanie macicy jest, jak słusznie twierdzi wrocławski ginekolog, w tych przypadkach albo zbyteczne, albo co gorsza, wprost szkodliwe.

O co powinno nam głównie chodzić przy leczeniu gorączki połogowej? — Jedynie o to, aby jad z zakażonego ustroju jak najprędzej wydostać.

Jeżeli przyjdziemy do zakażonej położnicy, to mamy wszelkie prawo a priori przypuszczać, że jad dostał się do jej ustroju jedynie przez przewód porodowy. Przez przemywanie jamy macicznej płynami przeciwgnilnemi, przez przyżeganie, wyskrobywanie itd, tak łatwo nie usuniemy jadu z macicy i słusznie Fritsch zauważył, że istotne ognisko zakaźne nie tyle może w strzępach błony doczesnej, jak raczej o wiele głębiej się znajduje.

Otóż sądzę, że jedynie racyjonalną rzeczą w takich razach jest najpierw wytamponowanie macicy gazą bez względu na to, czy gaza jest jodoformowa czy zwyczajna, byle aseptyczna. Wytamponowawszy jamę macicy, pobudzamy ją do skurczów a odnawiając gazę co dzień lub co drugi dzień wyprowadzamy przez włoskowate sączkowanie jad z zakażonego narządu w sposób jedynie racyjonalny. Ponieważ ciepło zwiększa jak wiadomo, przesączanie czyli filtracyję, przeto należałoby chorą przy leczeniu takiem w ciepłym trzymać pokoju, aby tem łatwiej i tem prędzej jad z ustroju usunąć.

Jeżeli jad zagnieździł się już na dobre w całym ustroju, wtenczas z leczeniem tem łączyćby należało wprowadzenie znacznych ilości płynów do ustroju i użycie środków napotnych.

Mam przekonanie, że użycie gazy do wytamponowania macicy w celu wydobycia jadu z zakażonego narządu przez systematyczne sączkowanie, ciepła temperatura, otaczająca chorą, w celu zwiększenia przesączania czyli filtracyi, wprowadzenie znacznych ilości płynów do ustroju w celu zwiększenia diurezy i większego ciśnienia w systemie krwionośnym i wreszcie używanie środków napotnych, powinny przy leczeniu zakażeń połogowych prędzej czy później znaczną odgrywać rolę jako środki dopomagające ustrojowi do uwolnienia się od zarazków i ich szkodliwych przetworów.

Kierunek ten leczniczy i przy każdej innej zakaźnej chorobie powinien mieć, jak sądzę, racyję bytu.

III. O szklistem i skrobiowatem zwyrodnieniu spojówki oka.

Napisał
Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Dok. Patrz Nr. 32.)

Nie zapominajmy znowu, że jakkolwiek w wielu przypadkach otrzymano oddziaływanie typowe zgoła we wszystkich częściach zwyrodniałych, jednak że Zwingmann w czterech przypadkach, w których tkanki pod mikroskopem wejrzenie miały zupełnie skrobiowate, oddziaływania Virchowa wcale nie otrzymał, w innych zaś dawało ono barwy znacznie odmienne od spostrzeganych przy typowem oddziaływaniu. W przypadku Mandelstamma oddziaływanie otrzymywano przeważnie w częściach głębokich. W przypadkach Rachlmanna, Porywajewa i w moim 4-tym jednakowe zupełnie utwory na przemian dawały lub nie oddziaływanie Virchowa. W ostatnim przypadku otrzymaliśmy oddziaływanie skrobiowate w naczyniach, lecz natomiast siateczka adenoidalna uległa zwyrodnieniu li tylko szklistemu. Znowu w 3-cim moim przypadku, w recydywie powstałej po usunięciu nowotworu skrobiowatego, mieliśmy typowe zwyrodnienie li tylko szkliste. Hippel w swoim przypadku, w części narośli jako recydywa powstałej, otrzymał oddziaływanie w jednem tylko miejscu. Jeśli Vossius w dwóch pierwszych swoich przypadkach otrzymał oddziaływanie we wszystkich zgoła zwyrodniałych częściach, nie może to jeszcze służyć za dowód, że części te poprzednio nie ulegały zwyrodnieniu li tylko szklistemu. Utrzymuję przeto, że prawdopodobnie zwyrodnienie ściśle skrobiowate poprzedza zwyrodnienie szkliste, jak to najpierw utrzymywał jeszcze v. Recklinghausen. Inaczej, zdaniem mojem, rzecz się ma co do okresu zwapnień i skostnień. Napotykamy je w rozmaitych okresach zwyrodnienia skrobiowatego, bynajmniej nawet nie w przypadkach o największych wymiarach narośli. W żadnym razie nie mogą one stanowić, że tak powiemy, epilogu zwyrodnienia skrobiowatego, gdyż nie tylko nie znajdowano ich wcale w przypadkach, w których sprawa najdalej była posunięta, lecz nadto w nielicznych stosunkowo przypadkach, w których spostrzeżono zwapnienia i skostnienia (2 gi i 3-ci Zwingmanna, Becker, v. Hippel, Kamocki, 1-szy i 2-gi Vossiusa i moje 4-te spostrzeżenie) w jednym przypadku (Kamockiego) mieliśmy zwapnienie przy zwyrodnieniu li tylko szklistem.

Dalej, czy istota skrobiowata stanowi wytwór komórek? Co do wątroby, wbrew poprzednim poglądom, zwłaszcza

Rokitanskyego, Virchow pierwszy wypowiedział zdanie, że zwyrodnieniu początkowo ulegają drobne tętnice i naczynia włosowate, później dopiero komórki. Wagner przeciwnie udowodnił, że komórki wątroby nigdy nie ulegają zwyrodnieniu skrobiowatemu, lecz tylko zanikowi, wskutek ciśnienia wywieranego na nie przez zwyrodniałe naczynia. Gdy następnie podniesiono jeszcze kilka głosów za czynną rolą komórek, Birch-Hirschfeld przyznał ostatecznie słuszność poglądom Wagnera.

Co się tyczy spojówki, większość badaczy również przyznawała komórkom czynną rolę w zwyrodnieniu; roli téj najkategoryczniéj dowodził Raehlmann w swych obszernych pracach. Leber również chciał przyznać rolę wyłączną komórkom i w ten sposób powstała teoryja jego wytworzenia istoty skrobiowatéj przez komórki, zwłaszcza olbrzymie. Lecz już Kyll nie mógł znaleść otoczek jądrowych Lebera dokoła zwyrodniałych pęczków tkanki. Zwingmann przyznaje w otoczkach Lebera oderwane resztki tkanki, lub wynik oddziaływania zapalnego części otaczających. v. Hippel, jakkolwiek pod wpływem teoryi Lebera wspomina o komórkach olbrzymich i otoczkach jądrowych, jednakże sam on, i nadto po raz pierwszy udowodnił, że złogi istoty skrobiowatéj powstają w spojówce w naczyniach i tkance łącznéj bez udziału komórek, nadto tkanka, zdaniem jego, bynajmniéj nie skorupieje tylko, jak utrzymywał Leber, przeciwnie, co do zwyrodnienia komórek, nigdy nie mógł się upewnić. Kamocki opisując swe przypadki, wyraźnie mówi o zwyrodniałych naczyniach i siateczce, lecz wcale nie o zwyrodniałych komórkach. Następnie wszystkie późniejsze badania jednocześnie zaprzeczyły znaczeniu komórek olbrzymich, jako twórczych dla istoty skrobiowatéj, nie dość na tem, najczęściéj wcale ich nawet nie znajdowano. Wogóle, przypisując rolę wybitną w wytworzeniu istoty szklistéj i skrobiowatéj samym komórkom, jako pracowniom, poprzedni badacze zbyt ulegali teoryjom, które podówczas o powstawaniu istoty skrobiowatéj panowały. Vossius pierwszy udowodnił, że nietylko przybłonek spojówki i gruczołów, lecz zarazem komórki śródbłonka i limfoidalne w całéj sprawie rolę odgrywają najzupełniéj bierną; przeciwnie zwyrodnieniu ulegają li tylko części istoty międzykomórkowéj i ściany naczyń. Dodam tu, że Zwingmann rownież przyznawał możność samoistnego skrobiowatego przeistoczenia siateczki adenoidalnéj (str. 159), a Raehlmann znajdował także części siateczki, które od karminu bardzo słabo się zabarwiały, chociaż nie otrzymywał w nich typowego oddziaływania. Wdzięczność wielka należy mu się również za to, że zestawił on zwyrodnienia szkliste i skrobiowate spojówki z odpowiedniemi cierpieniami innych organów, a zestawił o tyle wyczerpująco, że tu w tem miejscu nic dodać więcéj nie możemy. Co się tyczy kwestyi o tem, w jaki sposób naczynia zwyrodnieniu ulegają, mogę powtórzyć tylko wraz z Vossiusem nieporównane słowa Zieglera: *„man erhält den Eindruck, als ob die Gefässwände von einer Flüssigkeit durchtränkt würden, die dann erstarrt“*. Dodam chyba, że to samo wrażenie sprawiają zwyrodniałe pęczki tkanki łącznéj i przegródki siateczki adenoidalnéj, przypuszczając, że badań dokonywamy na cięciach, nie zaś na sztucznie podzielonych cząstkach.

Co się tyczy zresztą naczyń, wszystkie prace poprzednie wspominają o zwyrodnieniu ich, z tą chyba różnicą, że gdy jedni utrzymują, że naczynia cierpią pierwotnie, inni są zdania, że cierpienie to jest wtórnem tylko. Jeden z badaczy (Mandelstamm) wypowiedział nawet zdanie, że samo szerzenie się sprawy stosuje się do kierunku i do rozgałęzienia naczyń krwionośnych. Co do mnie, wobec podstaw, które wyżéj przytoczyłem, szczególnie w trzecim moim przypadku, chętnie przychylam się ku temu zdaniu, zwłaszcza, że nie zaprzeczają mu również wyniki przez Vossiusa otrzymane. Tak więc spostrzeżenia, które sam otrzymałem, najzupełniéj zgadzają się z wynikami prac Vossiusa, z tą chyba różnicą, że co do mnie, jak wspomniałem już, pomiędzy zwyrodnieniem szklistem a skrobiowatem nie widzę żadnéj innéj różnicy, prócz typowego oddziaływania tkanki, które w pewnym szeregu przypadków można było spostrzegać, w innym znów nie, nie mówiąc już o tem, że w wielu razach zwyrodnieniu skrobiowatemu ulegały tylko pewne wysepki tkanki szklisto przeistoczonéj.

Zatem w spojówce oka niekiedy, bez żadnego współudziału jaglicy, powstawać może znaczny bardzo rozrost tkanki adenoidalnéj. Ulega mu najczęściéj przeważnie część spojówki, w któréj znajduje się ciało brodawkowate *(corpus papillare)* (niekiedy nawet same brodawki (Vossius), a nawet wyżéj nieco, bliżéj fałdu przejściowego położona. Nie stanowi to jednak ogólnéj zasady, gdyż w niektórych przypadkach bujanie może powstawać przeważnie w innych częściach spojówki. Nabłonek zawsze traci przytem pierwotne swe cechy, przeistaczając się w płaski, wielowarstwowy.

Jakie są bliższe powody bujania tkanki adenoidalnéj, nie wiemy; to chyba powiedzieć możemy, że zjawiska zapalne, które mogłyby dowodzić znacznego podrażnienia części, występują w formie bardzo słabéj, badając zaś cząstki w płynie Flemminga przechowane, nawet z recydywy wzięte, nie znaleźliśmy w nich nigdy pośredniego podziału jąder. Zwykle bujanie rozwija się wyłącznie w tkance właściwéj spojówki, bywa większem lub mniejszem, lecz niekiedy w dalszym ciągu przechodzi również na chrząstkę. Naczynia krwionośne naszem zdaniem najpierw ulegają zwyrodnieniu. W grubszych tętnicach spostrzegamy zwykle w początku znaczne zgrubienie błony średniéj, płaszcze szkliste lub skrobiowate ku zewnątrz naczynia otaczające, stosunkowo rzadko i późniéj dopiero napotykamy. Zgrubienie błony średniéj stanowi również okres początkowy zwyrodnienia drobniejszych tętnic. Zwyrodnienie naczyń włosowatych występuje w postaci otaczających je płaszczyków szklistych lub skrobiowatych, których powstawania nie mamy żadnych podstaw przypisywać bądź pierwocinom śródbłonka, bądź też zwyrodniałym czerwonym lub białym ciałkom krwi. Żyły w mniejszym znacznie stopniu bywają zajęte, nadto zwyrodnienie dotyczy przeważnie ich błony zewnętrznéj. Daléj zwyrodnieniu ulega również siateczka tkanki adenoidalnéj, przeciwnie komórki odgrywają rolę najzupełniéj bierną — zanikają wskutek ciśnienia przez zwyrodniałe części przyległe wywieranego. W błonie podspojówkowéj rozrostu tkanki adenoidalnéj zwykle nie ma; z naczyń znajdujemy tu przeważnie tylko grubsze, które, jak powiedzieliśmy już, w daleko niższym stopniu ulegają zwyrodnieniu, natomiast napotykamy tu zwyrodniałe pęczki i włókna tkanki łącznéj. Zmiany te niekiedy chrząstki również dotykają. Nadto zwyrodnieniu ulegają: gładkie włókna mięśnia powiek Müllera, własne błony gruczołów Krausego i nawet Meiboma, błony komórek tłuszczowych i nawet poprzecznie prążkowane włókna mięśniowe (m. Riolana). W zwyrodnieniu tych części komórki również czynnego udziału nie przyjmują.

Komórki olbrzymie napotyka się stosunkowo w bardzo niewielu przypadkach i wogóle nie mamy żadnych podstaw przypuszczać, aby mogły one odgrywać jakąkolwiek bądź rolę w wytwarzaniu istoty szklistéj lub skrobiowatéj.

Tak zwane bryłki szkliste lub skrobiowate są to zwyrodniałe bądź naczynia krwionośne, bądź przegródki siateczki adenoidalnéj, bądź wreszcie włóknista tkanka łączna. Stosunek ich do tkanki, w któréj się znajdują, dokładnie zbadać można tylko na skrawkach, w którym to razie części te sprawiają wrażenie jakby cieczą przesiąkłe, która następnie tężeje. Przynajmniéj tak rzecz się ma w początkowych okresach, gdyż w późniejszych części zwyrodniałe oddziaływają już na otaczające jako ciałka obce, wskutek czego w niektórych razach powstają komórki olbrzymie, nadto otaczają je torebki z włóknistéj tkanki łącznéj, które znów ulegać mogą zwyrodnieniu; poprzednia budowa tkanki staje się coraz bardziéj zawiłą, a rozmaite powstałe w ten sposób formy szczegółowo opisał Zwingmann w obszernéj swéj pracy.

Jakkolwiek rozbiory chemiczne przez Raehlmanna przytoczone wykazały, że istota skrobiowata spojówki w niczem się nie różni od istoty, która w innych organach powstaje, ta jednak wielka zachodzi różnica, że zwyrodnienia spojówki ani razu nie spostrzegano u osób, u których były cierpienia wywołujące zwykle zwyrodnienie skrobiowate organów miąższowych. Zwyrodnienie spojówki jest przeciwnie sprawą zupełnie miejscową. Jakie przyczyny wywolują bujanie tkanki adenoidalnéj, nie wiemy; nie wiemy również, jakie powody wywołują późniejsze w tkance zwyrodnienie szkliste lub skrobiowate. Natomiast, jakkolwiek po usunięciu części zwyrodniałych w bardzo wielu razach następowały recydywy, częściéj jednakże usunięcie drogą operacyjną, chociażby nawet częściowe tylko, radykalnie usuwało cierpienie, przeto szkliste lub skrobiowato zwyrodniała tkanka spojówki stanowczo ulegać może przeobrażeniu wstecznemu.

Jeszcze słów parę o leczeniu. Jaki byłby przebieg, właściwie jaki byłby wynik ostateczny zwyrodnienia skrobiowatego, gdyby takowe własnemu pozostawić losowi, nie wiemy, gdyż dotychczas chorzy od dalszej obserwacyi usuwali się, lub też poddawali się operacyi. Wnosząc ze znanych przypadków, nie możemy przypuszczać, aby przeistoczenie wsteczne, w zasadzie najzupełniéj możliwe, samo przez się nastąpić mogło.

Leczenie farmaceutyczne, mianowicie przyżeganie sinym kamieniem *in substantia* lub w roztworze miało działać skutecznie, dodać wszakże muszę, że w obu przypadkach, w których środek ten stosowano, poprzednio wycięto część nowotworu, bardzo więc być może, że polepszenie bynajmniéj nie siarkanowi miedzi lecz wycięciu przypisać należy, zwłaszcza że Kubli w 2-gim swoim przypadku stosując środek ten, jakkolwiek utrzymuje, że niepodobna było nie przyznać skuteczności przyżeganiom, dodaje jednak, że objętość narośli bynajmniéj się nie zmniejszyła. Quaglino i Guaita stosowali w swym przypadku lapis, lecz bez żadnego skutku; również bez najmniejszego skutku stosowano octan ołowiu (Straehmberg i ałun). We wszystkich moich przypadkach, które poprzednio za jaglicę uchodziły, z całą werwą stosowano siny kamień przez czas względnie długi, nie przeszkodziło to jednak bynajmniéj dalszemu bujaniu tkanek. Widzimy więc, że po leczeniu farmaceutycznem nawet w początku cierpienia niczego spodziewać się nie możemy, słusznie natomiast Zwingmann (l. c. str. 178) utrzymuje, że przy leczeniu sprawy skrobiowatéj nóż jest *ultima ratio medicorum*. To też operacyjne leczenie stosowano z 43 przypadków w 41.

Operacyjne wdanie się polegało bądź na wycięciu wszystkiego, co było zwyrodniałe, bądź też na wycinaniu częściowem. Całkowicie wycięto w 17-tu razach, z tych w 6-ciu zwyrodniałe części były bardzo znacznych rozmiarów, w 11-tu przeciwnie zajmowały one stosunkowo nieznaczną część spojówki. Wyniki operacyi były następujące: zrost powiek pomiędzy sobą i z gałką oczną, zrost powieki z gałką, w innych o wiele mniéj znaczne ślady pozostały. Jak często były recydywy — powiedzieć trudno, gdyż w bardzo wielu razach chorzy usuwali się od dalszéj obserwacyi; w jednym przypadku recydywa dwakroć się nawet powtarzała. Dokładniéj o sposobie operowania trudno powiedzieć, wypadało bowiem stosować się do okoliczności, dodam chyba, że w przypadkach, w których powiek niepodobna było odwrócić, należało poprzednio rozszerzyć szparę, bądź ku zewnątrz tylko, bądź też jednocześnie ku wewnątrz. Zwyrodniałe części usuwano za pomocą noża lub nożyc Coowpera, pozostałe zaś cząstki niekiedy wyskrobywano ostrą łyżką. Wycinano wprost ze spojówki, lub też przez cięcie w skórze wykonane. Opadnięcia powiek i zrosty ich z gałką oczną wymagały następczych operacyj. Nie zważając na kruchość tkanek, krwotoki w dwóch tylko przypadkach o tyle były obfite, że wypadało uciekać się do termokauteru. Z dotychczasowych przypadków wnosić możemy, że krwotoki najbardziéj są znaczne w najpóźniejszych okresach zwyrodnienia. Przy postępowaniu przeciwgnilnem, gojenie następowało prędko i prawidłowo.

Przypadek Saemischa pierwszy zwrócił uwagę na okoliczność, że zwyrodniałe tkanki spojówki i powiek ulegać mogą przeistoczeniu wstecznemu. Saemisch mianowicie wyciął część tylko nowotworu i spostrzegł, że wkrótce po operacyi część pozostała sama przez się uległa wstecznemu rozwojowi. To też obok całkowitego usunięcia narośli uciekano się częściéj nawet do usunięcia niezupełnego, które znowuż w jednym szeregu przypadków w ten sposób stosowano, że usuwano nie całe narośle, lecz spore ich części; w innym znów szeregu przypadków usuwano z tkanki systematycznie drobne cząstki jednę po drugiéj, przez czas dłuższy. Wogóle wycinań częściowych dokonano w 24 przypadkach. Otóż z przypadków pierwszéj kategoryi recydywa nastąpiła w 3, przeciwnie o recydywie powstałéj przy systematycznem usuwaniu cząstek tkanki wzmianki w żadnym opisie nie znajdujemy. Wyniki te naturalnie mogą tylko zachęcić do stosowania częściowego wycinania, które nadto tę daje wielką korzyść, że nie sprowadza następowych zrostów powiek bądź z gałką, bądź też pomiędzy sobą, a które wymagają powtórnych operacyj, nie mówiąc już o usunięciu znacznéj części spojówki powiek, które bardzo oszpeca. Takie postępowanie jest wskazanem przez doświadczenie z dotychczas spostrzeganych przypadków powzięte. Wyłuszczenie całkowite narośli może być wskazanem chyba w przypadkach, gdy zwyrodnienie zajmuje pewną ograniczoną część spojówki, należy mieć wszakże zawsze na względzie uprzedzić powstawanie zrostów.

Nie potrzebowałbym wspominać o konieczności postępowania przeciwgnilnego, lecz zachęcają mnie do tego zapisane w kazuistyce zwyrodnienia skrobiowatego powiek 5 przypadków „następczych zapaleń“, wywołanych niezachowaniem przy

operacyi odpowiednich prawideł. Raehlmann używał początkowo dla przepłukiwania spojówki $\frac{1}{4}$% kwasu karbolowego, zauważył jednak, że ten zbyteczne podrażnienie sprawiał, zastąpił go tedy 2% rozczynem kwasu borowego. Środek ten jako najodpowiedniejszy zaleca również Kubli. Co do mnie, jestem raczéj za $\frac{1}{10}$% sublimatu. Przemywałem tym rozczynem tak podczas operacyi, jak i późniéj, nadto posypywałem proszkiem jodoformowym.

IV. Z oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową

na podstawie 4057 przypadków

zestawił

Dr. Leon Wachholz,

asystent Uniw. Jagiell. i lekarz praktykujący w tymże oddziale.

(Dok. Patrz Nr. 32.)

Zamartwica (*asphyxia*) zdarzała się w przeważnéj części przypadków tuż po nastaniu właściwéj narkozy. Przyczyną jéj było najczęściéj zapadnięcie języka ku tyłowi i zatkanie wejścia do krtani, ztąd to często poprzedzał ją charczący oddech. Bardziéj zdarzała się ona już po dłuższym czasie trwania narkozy a wtedy aspiracyja śluzu wymiotowanego mogła być jéj przyczyną. Tętno zwykle w czasie jej było wyczuwalne, choć słabe, twarz najczęściéj przybierała sine zabarwienie a z żył przeciętych nawał czarnéj krwi się dobywał, co zwłaszcza przy zamartwicy w czasie operacyi wola, tak często stosunkowo występującéj na żyłach szyjnych zauważano. Zamartwicę zanotowano na 1793 przypadków 22 razy (1·2% i to 15 razy u mężczyzn, 7 razy u kobiet). Żaden z tych przypadków nie zakończył się śmiertelnie mimo, iż w niektórych stosowano sztuczne oddechanie przez kilkanaście minut. Trudności w oddechaniu wynikłe z zapadnięcia się języka i aspiracyi śluzu do krtani usuwano podnoszeniem szczęki dolnéj sposobem Heimanna lub wyciągnięciem języka ku przodowi kleszczykami Esmarcha po poprzedniem rozwarciu ust przyrządem Heistera. W przypadkach zamartwicy stosowano zawsze z początku sztuczne oddechanie przez rytmiczne ugniatanie brzucha i dolnéj części klatki piersiowéj. Podobnie jednak jak i Kappeler przyznaje, nie osiągnęliśmy nigdy tym sposobem pożądanego skutku.

Natomiast sposób Silvestra miarowo wykonywany zwłaszcza przy pomocy zlewań mocnym prądem zimnéj wody okolicy dołka podsercowego i powłok brzusznych przywracał zawsze choremu prawidłowy oddech. Ze sposobu Marschall-Halla nie robiliśmy nigdy użytku: faradyzacyi nerwów przeponowych (Duchenne-Ziemssen) próbowaliśmy raz bezskutecznie w przypadku opisanym z zejściem śmiertelnem.

Omdlenie (*synkope*) na szczęści dość rzadko występujące polega na nagłem ustaniu akcyi serca, wywołanem albo przez zniesienie pobudliwości mięśnia sercowego albo przez skurcz toniczny serca. Omdlenie to występowało u nas w chwili zupełnéj narkozy i cechowało się nagłem rozszerzeniem źrenic przedtem zwężonych, brakiem tętna, trupią bladością twarzy i brakiem oddechu. Ogółem zdarzyło się 6 razy (0·28%) mianowicie 5 razy u mężczyzn, raz u kobiety.

Gdy zamartwica występowała dla x po maksymalnéj dawce 30,0 a minimalnéj 3,0 gr. przeciętnéj 14,0 gr. dla x' po maksym. 52,0 minim. 5,0 przeciętnéj 16,0 gr. chloroformu, to omdlenie zdarzało się już przy dawce dla x maksymalnéj 13,0, minimalnéj 4,0 przeciętnéj 7·2 gr. dla x' po maks. 25,0 minim. 2,0 przeciętnéj 10,0 chloroformu. Z tych liczb wynikałoby, zwłaszcza jeśli się uwzględni, iż chorzy ci, którzy temu omdleniu ulegli, nie okazywali żadnych zboczeń w narządzie krążenia, że omdlenie nie zależy od ilości zużytego chloroformu, lecz od stopnia wysycenia jego parą powietrza wdechanego a może i od stopnia wrażliwości ustroju względem chloroformu. W przypadkach omdlenia stosowano zawsze inwersyję Nelatona, któréj istotną wartość tłomaczy doświadczalnie Richardson. Inwersyja Nelatona polega na ułożeniu chorego takiem, aby głowa jak najniższe zajęła położenie, wtedy bowiem prawa połowa serca w ułożeniu chorego głową i tułowiem w górę jest pozbawioną krwi i przez to w spoczynku będąca, krwią napowrót się wypełnia i kurczy [1]). Zastosowawszy inwersyję wykonywano równocześnie zabieg Silvestra, podczas gdy reszta asystujących nacierała prześcieradłami chorego od nóg zacząwszy postępując w górę. Również stosowano podskórnie albo eter czysty lub eter z kamforą (Camph. 2,0, aether. 20,0).

Na 6 wypadków omdlenia dwa razy tylko zaszły przypadki śmierci w przebiegu tegoż.

Na 4057 narkotyzowanych zmarło dwóch z powodu narkozy; podczas gdy jednak pierwszy wypadek zaszedł wśród objawu omdlenia (syncope), drugi jest nierozstrzygniętym.

Pierwszy dotyczył I. G. kobiety lat 60 liczącéj, u któréj rozpoznano: „*Carcinoma recti.*“

Gdy chora usnęła, wprowadzono wziernik do odbytnicy; wówczas stała się chora niespokojną, dolano więc kilka kropel chloroformu, po których wkrótce chora zbladła i oddychać przestała. Zastosowano sztuczne oddychanie metodą Sylwestra, skrapiano dołek sercowy wodą zimną, nacierano kończyny, zastrzyknięto kilka strzykawek eteru, wreszcie faradyzowano nerwy przeponowe. Czynność ratunkowa bezskuteczna trwała godzinę.

Późniéj dowiedziano się, że chora cierpiała na bicie serca i zażywała często *inf. digit.* Sekcyja stwierdziła tylko nieznaczne zmiany miażdżycowe w tętnicy głównéj.

W drugim przypadku wyłuszczono u D. S., chłopaka lat 16 liczącego guz kostny z szczęki dolnéj. Chory po dokonanym zabiegu obudził się w czasie opatrywania, lecz nagle zbladł, przestał oddychać i mimo wskrzeszeń życie zakończył. Rozpoznanie przy stole sekcyjnym dokonane brzmi: *Ostoema durum max. infer. dextrum lege artis enucleatum. Intoxicatio c. chloroformio.* Z protokołu sekcyjnego dowiadujemy się: „mięśnie wiotkie i niedokrewne. Mózg również niedokrewny. Grasica znacznie rozwinięta waży 22 gr. Płuca w częściach dolnych przekrwione, barwy ciemno wiśniowéj, zalewają się na przekroju cieczą jasną pienistą (*oedema pulm.*) Prawa komórka serca rozszerzona, mięsień blady. Krew płynna z wonią wybitną chloroformu. Narządy gruczołowe blade, niedokrewne, jelita nieżytem przewłocznym dotknięte.“

Za przyczynę śmierci z chloroformu przyjmują jedni autorowie ustanie czynności w ośrodkach ekscytomotorycznych pod wpływem środków znieczulających, w następstwie czego ustać musi oddychanie i krążenie. Według tego tłomaczenia środki znieczulające działają wprost na centralny

---

[1]) Richardson. *Brit. med. Journal.* 1874.

narząd nerwowy. Inne teoryje przyjmują pośrednie działanie na tkankę nerwową za przyczynę n. p. niedokładne utlenienie jej z powodu zastoju w naczyniach włosowatych, lub z powodu braku tlenu we krwi połączonéj z parami środka znieczulającego [1]). Hueter przyjmuje za przyczynę tak zwaną przez siebie „*stasis globulosa*“ polegającą na utrudnieniu krążenia w naczyniach włosowatych z powodu zmian w kształcie ciałek czerwonych krwi [2]). Sanson [3]) uważa śmierć z chloroformu za następstwo albo omdlenia (*synkope*) albo zamartwicę (*asphyxia*) albo nekremii, przez którą rozumie wadliwą mięszaninę krwi krążącéj, osłabiającéj serce i znoszącéj pobudliwość ośrodków nerwowych [4]).

Richardson [5]) przyjmuje cztery rodzaje śmierci z chloroformu: 1) śmierć przez omdlenie z bezdechem; tu chloroform w drodze odruchu wywołuje bezdech, a w następstwie przekrwienie żylne, zadrażnienie ośrodków nerwu błędnego bezwodnikiem kwasu węglowego i ztąd ustanie akcyi serca. Śmierć nastaje zaraz z początku narkozy po kilku pierwszych wdechach. 2) Śmierć z powodu omdlenia i drgawek epileptoidalnych — tu przez zadrażnienie nerwu spółczulnego, kurczów tonicznych mięśni i naczyń, prawe serce jest krwią nadmiernie wypełnione. 3) Śmierć z porażenia serca w czasie gdy skutkiem narkozy mięśnie uległy zwiotczeniu. 4) Śmierć skutkiem wstrząsu wywołanego chloroformem i ciężkiemi zabiegami.

Drugi nasz przypadek tłómaczę sobie według Richardsona podciągając go pod czwarty rodzaj śmierci z chloroformu, a to z powodów: Chory przetrzymał zabieg ciężki, jeśli się uwzględni, iż twardy i wielki kostniak trzeba było wyłuszczyć do szczęki. Chory się już obudził nawet słów kilka do opatrujących przemówił, nagle zbladł, przestał oddychać i zmarł mimo zabiegów ratunkowych. Tak zamartwicę jak i omdlenie wykluczyć tu musimy, te bowiem zdarzają się w ciągu narkozy, pozostaje więc tylko shok wywołany zabiegiem samym i chloroformem jako jedyna przyczyna śmierci.

Według naszéj statystyki wypada jeden przypadek śmierci z chloroformu na 2024 narkoz.

Jeśli ogólnie obliczono na 10,000 narkoz chloroformowych jeden przypadek śmierci, to trzeba się zgodzić ze zdaniem Huetera i Lossena [6]), że przyczyną tego jest obawa wielu lekarzy przed ogłaszaniem nieszczęśliwych skutków narkozy. Statystyka niemiecka gdzie na sześć do siedm tysięcy narkotyzowanych jeden życiem narkozę przypłaca, statystyka Francyi gdzie znowu jeden przypadek śmierci na 5200 narkoz liczą, nie może wchodzić w porównanie z naszą, jest ona bowiem statystyką krajów. Jeśli jednak zajrzymy do statystyk szpitalów amerykańskich, gdzie oddzielni lekarze samą narkozą tylko się zajmują, widzimy, że tam jeden przypadek śmierci nawet na 1250 narkoz wypada. [7]) Nasza statystyka zatem nie jest jeszcze rozpaczliwą, natomiast jest rzetelną.

Do niemiłych i niebezpiecznych przypadłości w czasie narkozy należą w y m i o t y. Wymioty należą do częstych przypadłości narkozy i zdarzają się najczęściéj pod koniec narkozy, rzadziéj z początku, gdy chory niezupełnie jeszcze przytomność utracił, najrzadziéj w czasie pełnéj narkozy. Z chwilą wymiotów rozszerzają się źrenice chorego i przytomność często częściowo powraca. Téj ostatniéj okoliczności zawdzięczamy rzadkość przypadków uduszenia się treścią wymiotowaną do dróg oddechowych aspirowaną.

Na 1793 narkoz zdarzyły się wymioty w czasie tejże 285 razy (15%). W jednym przypadku ponawiały się siedm razy, w dwóch innych znowu mimo, iż chorych przychodnich dotyczą, którzy przyznali, że przed narkozą jedli, wcale się nie pojawiły. Ruchy wymiotne w czasie narkozy zdarzyły się 62 razy (3%).

W jednym przypadku stały się wymioty przyczyną śmierci: L. S. lat 40 mężczyzna przybył na oddział, gdzie rozpoznano: *Hernia ex bissac, altera inguinalis libera, altera subperinealis incarcerata.* Chory okazywał mocny zapad; tętno częste, drobne, ból znaczny, brzuch mocno wzdęty, a na jego powłokach dokładnie dają się spostrzegać ruchy robaczkowe jelit, wymioty kałowe. W narkozie wystąpiła duszność, sinica i kaszel z powodu aspiracyi treści kałowéj wymiotowanéj. Chory w dwie godziny po operacyi mimo 30 baniek suchych, pięciu strzykawek eteru podskórnie podanego wśród objawów duszności i sinicy zmarł. Od sekcyi uwolniono.

Wymioty jako przyczynę nagłéj śmierci przy przepuklinach opisał pierwszy Küster. [1]) W przypadku swoim uważa Küster za bezpośrednią przyczynę wymiotów wpychanie mas kałowych do jamy brzusznéj przy odprowadzeniu pętli jelita uwięzgniętego, przez co ucisk śródbrzuszny tak się wzmaga, że treść pokarmowa z żołądka przechodzi do połyku a ztąd do krtani i dalszych dróg oddechowych. Ztąd to radzi, aby we wszystkich przypadkach znacznych przepuklin uwięźniętych przed zabiegiem dokładnie przepłukać żołądek, w ten zatem sposób odprowadzenie jelit ułatwić, aspiracyi treści żołądka zapobiedz.

Z przypadłości po ukończonéj narkozie występujących wspomnieć mi należy o następujących:

P o b u d z e n i e znacznego stopnia wydarzyło się trzykrotnie: Pierwsze dotyczy I. S. mężczyzny lat 26 liczącego, cierpiącego na *lymphomata tuberc. ambilat.* Po ukończeniu narkozy $\left(\frac{15 + 26}{5 + 45}\right)$ znajdywał się chory jakby w stanie hypnozy, obok znacznego podniecenia. Obudziwszy się bowiem liczył jak to mu kazano przy początku. Pomimo wzbraniania mu tego liczył daléj na kopy wreszcie na jakiekolwiek podane mu nazwy zwierząt lub przedmiotów. Stan ten trwał przez trzy godziny bez przestanku. Potem usnął a obudziwszy się, nie pamiętał o niczem. Drugi przypadek odznaczał się wesołem rozstrojeniem umysłu — chory śpiewał różne ludowe pieśni — z otrzeźwieniem się zupełnem istniała zupełna niepamięć co do zachowania się jego po narkozie.

Trzeci przypadek, nadzwyczaj ciekawy odnosił się do K. Z., mężczyzny w sile wieku, inteligentnego, małomównego, o lichem odżywieniu. Zabieg podjęto u niego z powodu *abscessus frigid. in reg. lumb. sin.* w narkozie zapisanéj $\frac{40 + 3 + 4}{6 + 10}$ ctg. *cocaini mur.* Po przepudzeniu uległ chory maniakalnemu pobudzeniu. Bieg myśli nadmiernie był szybki, wystąpiło poczucie olbrzymiéj zdolności, geniuszu co do

[1]) Narkozę zapisano $\frac{5 + 30}{4 + 52}$ *syncope, mors.* — [2]) [4]) [5]) Koppeler: *Anaestethica. Deutsche Chirurgie.* — [3]) [6]) Hueter-Lossens. *Chirurgie I. Band. Zweite Haelfte.* — [7]) Koppeler. *Ueber die Methoden der Chloroformirung. Langenbeck's Archiv.*

[1]) *Centralblatt für Chirurgie.* R. 1890 Nr. 36.

własnéj osoby i odpowiednie temu wyniosłe i pogardliwe traktowanie otaczających go lekarzy. Stan ten miał trwać według podania lekarza, który się nim opiekował, przeszło godzinę, poczem nastąpiło osłabienie, zapad i sen. Zupełna niepamięć zajść po narkozie.

W ostatnim tym przypadku należy odnieść to maniakalne pobudzenie raczéj do działania kokainy niż chloroformu; już bowiem Dombrowski z Petersburga [1]) wspomina o podobnych nerwowych objawach po zastosowaniu kokainy celem wywołania miejscowego znieczulenia.

Podwyższenie niezwykłe ciepłoty po narkozie zauważyliśmy w jednym przypadku:

I. M. mężczyzna lat 30 liczący, dotknięty gruźlicą stawów, ropniem opadowym, był narkozytowanym czterokrotnie. Pierwszy raz dla wykonania *„arthrectomiae genus“* zapisano narkozę $\frac{10 + 30}{8 + 75}$, w dziewięć miesięcy potem dla wykonania resekcyi tegoż kolana $\frac{18 + 42}{10 + 50}$. Po roku narkotyzowano go $\left(\frac{8 + 2}{4 + 3}\right)$ celem otwarcia ropnia opadowego, a w dziewięć dni potem celem resekcyi stawu ramieniowego $\left(\frac{7 + 0{\cdot}01 \textit{ mur. morph.} + 30}{5 + 42}\right)$. Za trzema pierwszemi razami dochodziła ciepłota ciała pod wieczór po operacyi do 40° C. Ostatnim razem wynosiła ciepłota pod wieczór po operacyi 38·6, o północy 39·4, a na drugi dzień rano 38·9, poczem opadła do normy. Chory ten nigdy przedtem nie gorączkował i za każdym razem nie dłużéj jak 24 godzin, malaryi nie przebywał; rany zaś po operacyjne goiły się dobrze, bez wydzieliny. Przypadek ten ciekawy trudnym jest do wytłómaczenia. W literaturze dawniejszéj i obecnéj nie zdarzyło mi się spotkać z podobnym. Przypuścić tu należy jedynie zadziałanie chloroformu na ośrodki regulujące utratę ciepła.

W y m i o t y po narkozie w przeciągu pierwszej doby występowały 72 razy na 206 obserwowanych chorych (35%). Ponawiały się kilka razy, u jednéj kobiety 26 razy w ciągu doby, poczem ustały. Celem powstrzymania ich stosowano wodę sodową i wyskok. Kobiety okazały się w tych przypadkach do wymiotów skłonniejszemi od mężczyzn.

W końcu chcę kilka uwag poświęcić przyrządowi skombinowanemu do narkozy, który podał w b. r. Wiskemann.[1]) Przy pomocy przyrządu tego dokonaliśmy do dnia 1 kwietnia b. r. 105 narkoz.

Maska Esmarcha jakkolwiek jest poręczną, w miarę jednak wlewania chloroformu na nią, chory wdecha powietrze nierównomiernie parami nasycone. Ilość chloroformu użyta jest wielką, bo część jego ku wolnéj powierzchni parując bezużytecznie ginie. Maska ta będąc z materyjału miękiego nasiąka łatwo krwią i płynami antyseptycznemi n. p. przy operacyjach na twarzy dokonywanych a wówczas chloroform już na niéj się nie trzyma i ścieka. Mimo najostrożniejszego polewania chloroformem téj maski, przecież on wywołuje wypryski na twarzy w miejscach, gdzie się twarzy dotyka. Stądto od dawna starano się utworzyć przyrząd, w którymby chloroform równomiernie w parę się zamieniał i łącznie z powietrzem przez odpowiednie urządzenie do maski twardéj się dostawał. Na téj zasadzie oparty przyrząd Snowa, Clovera, Sansoma z maskami Francio Sibsona, wreszcie przyrząd Junkera z różnemi modyfikacyjami. W styczniu b. r. ogłosił Dr. Wiskemann [1]) z Alzacyi przyrząd nowy złożony ze zbiornika na chloroform, połączonego z przyrządem, z którego zależnie od nastawienia wskazówki od 10 — 80 kropel chloroformu na minutę pada na namiot z flanelki otoczony z boków szklannym walcem; namiot połączonym jest rurą z maską zaopatrzoną w wentyl otwierający się tylko przy wydechu.

Początek rury doprowadzającéj pary chloroformowe wraz z powietrzem jest szklany z wentylem kulistym w środku, przy oddechu chorego poruszalnym.

Sposób użycia przyrządu tego jest prosty. Nakręca się wskazówkę w zbiorniku na dowolną liczbę (z początku zwykle większą 80 kropel) kropel na minutę, maskę przytwierdza się do twarzy choremu klamrami lub przytrzymuje się rękami (co jest lepszem) i nakazuje się choremu głęboko oddechać. Oddech chorego prawidłowy zaznacza się jednostajnym odgłosem uderzającego wentylu na początku rury dowodzącéj umieszczonego.

Aby zestawić zalety i wady przytoczę odnośne liczby:

Na 105 narkoz tymże przyrządem zużyto 853 gr. chloroformu aż do wywołania narkozy 1 klg. 486 gr. aż do końca zabiegu, w czasie 12½ godzin do uśpienia 51 godzin licząc do końca zabiegu. Zużyto zatem chloroformu ogółem 2 klg. 339 gr. w czasie 63½ godzin na 105 przypadków, podczas gdy na 100 przypadków zwykłą maską narkotyzowanych wyszło 2 klg. 748 gr. w czasie 70 godzin; czyli, że przyrząd Wiskemanna zaoszczędził w 100 narkozach 700 gr. chloroformu a czasu 6½ godzin.

Przeciętny wzór narkozy przyrządem tym wywołanéj wynosi $\frac{9{\cdot}1 + 14{\cdot}5}{7{\cdot}5 - 29{\cdot}4}$, wzór zestawiony dla maksymalnéj narkozy $\frac{25 + 60}{20 + 100}$, wzór zaś dla minimalnéj narkozy zestawiony $\frac{3 + 1}{3 + 3}$. Z porównania ilości w tych wzorach z ilościami ogólnemi wypada, że tak przeciętna ilość jak i maksymalna przy narkozie maską Esmarcha wywołanéj większemi były. Z przypadłości w czasie narkozy zauważono: na 105 narkoz dwa razy zamartwicę, co czyni 1·9%, a więc 0·7% większy od procentu przy zwykłéj masce, omdlenia wcale nie zauważono, wymioty zapisano w 10-ciu przypadkach czyli nieco więcéj jak 9% a więc o 26% mniéj jak w 100 narkozach zwykłych. Inne przypadłości nie przedstawiają w porównaniu żadnéj różnicy.

Z liczb tych wynikają następujące zalety tego przyrządu: ilość chloroformu zużytkowana jest mniejszą od ilości zużytkowanéj przy zwykłéj masce; mogłaby ona jeszcze być mniejszą, gdyby sama maska dawała się lepiéj do każdéj twarzy przystosować, lub gdyby było kilka masek do wyboru z różnemi wycięciami twarzowemi, wtedy bowiem nie uchodziłoby powietrze parami chloroformu przejęte szczelinami powstałemi przez niestosowanie się do niektórych twarzy; narkoza nastaje prędzéj co do czasu; wymioty w czasie narkozy znacznie rzadziéj się wydarzają widocznie powietrze dobrze z chloroformem pod namiotem mięszając się, nie drażni tak mocno błony śluzowéj żołądka do odruchów wymiotnych; podmiotowo chwalą chorzy narkotyzowani w oba sposoby sposób przyrządem Wiskemanna, odczucie bowiem

[1]) *Protokolle des deutschen aerztlichen Vereins in St. Petersburg. St. Petersburger Medic. Wochschr.* 1889 Nr. 20.

[1]) Dr. Wiskemann. *Ein neuer Betäubungsapparat. Berliner. klin. Wochenschr.* 1891, Nr. 3.

chloroformu w pierwszych chwilach jest przyjemniejszem. Nieprawidłowości w oddechu n. p. ustanie tegoż zaznaczają się brakiem odgłosu wentylu; łatwość w regulowaniu i pomiarze ilości chloroformu podawanéj, łatwość w utrzymaniu na pewnym stopniu zagęszczenia par w powietrzu wdechanem przez opowiednie nastawienie wskazówki w zbiorniku i wkraplaczu — oto zalety.

Ujemne strony natomiast przedstawiają się:

Ilość kropel wskazówką nastawiona w rzeczywistości bywa większą (lub mniejszą) co już według twórcy przyrządu ma zależeć od ciepłoty otaczającego powietrza, gatunku chloroformu i t d., rachunek zaś korygujący podany przez autora nazbyt jest uciążliwym w praktyce. Maska nie nadaje się do każdéj twarzy a wówczas okres pobudzenia znacznie się przeciąga, chory niedokładnie usypia. Gdy maska nie zupełnie do twarzy przylega, wentyl kulisty nieznacznie tylko się poruszając nie sprawia stuku cechującego prawidłowy oddech. Gdy maska nie przylega do twarzy lub gdy chory płytko oddecha, wentyl w masce przy wydechu się nie otwiera, zaczem powietrze wydechowe wchodzi do namiotu, skąd napowrót zostaje wciągniętem; powietrze w namiocie przesyca się zatem bezwodnikiem kwasu węglowego skutkiem czego łatwiéj i częściéj zdarza się zamartwica.

Druga komisyja Hyderabadu odrzuciła wszelkie skombinowane przyrządy z powodu częściéj występującej przy ich użyciu zamartwicy. Tej znacznéj wadzie możnaby w części zaradzić przemieszczając w masce wentyl z górnéj jéj części na część ściany naprost ust się znajdującéj, aby otwieranie się wentylu łatwiejszem nawet przy słabych wydechach uczynić.

Wreszcie należy baczną zwracać uwagę, aby powietrze w namiocie zbyt chloroformem się nie przesycało; ztąd to należy z chwilą, gdy narkoza została już wywołaną, zmniejszyć ilość padających kropel z 80 na 10 lub 20 na minutę, z chwilą zaś oddalenia maski od twarzy chorego należy wkraplacz zamknąć przez przesunięcie wskazówki na zero, inaczéj bowiem jak to w początku używania przyrządu tego zauważyliśmy, chory uśpiony, jeśli po oddaleniu maski budził się, już po kilku wdechach za jéj powtórnem przyłożeniem usypiał. Usypiał on dlatego, że w czasie oddalenia maski, chloroform z wkraplacza ściekał i powietrze zanadto w namiocie nasycał. Jeśli się na tę okoliczność uwagi nie zwraca, może łatwo przy zbytniem wysyceniu powietrza parami chloroformu nastać omdlenie, a co gorsza, i śmierć.

W końcu zaznaczyć muszę, iż przyrząd ten jest trudno przenośnym, można go zatem tylko w oddziałach szpitalnych używać.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

V. Posiedzenie z d. 21 marca 1891 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 20.

1) Kol. Feigel przedstawia a) trzy preparaty raka żołądka rzadkie z powodu umieszczenia w *fundus* i *pars cardiaca ventriculi*, tak, że w dwu przypadkach nie rozpoznawano raka, w trzecim zaś rozpoznano tylko równocześnie istniejącego raka gardziela i zwężenie takowego, raka w żołądku natomiast nie wykryto. We wszystkich trzech przypadkach guz rakowy miał siedzibę w górnym odcinku krzywizny wielkiej i dochodził do wielkości główki dziecka, stercząc w całości ku jamie żołądka. W jednym przypadku prócz głównego guza było w żołądku rozsianych kilka ograniczonych małych nacieków w ścianach. W ostatnim przypadku oprócz wysoko w części wpustowej usadowionego i w jamę żołądka wpuklonego guza, znajdował się całkiem odrębny naciek rakowy w dolnej części gardziela, który sterczał w światło takowego i sprawiał znaczne zwężenie gardziela.

b) Preparat *gastritis phlegmonosa*. W ostatnim miesiącu wykazał prelegent w 3 przypadkach, w których rozpoznanie kliniczne brzmiało „*Peritonitis acuta*“ zapalenie ropne ścian żołądka *(gastritis phlegmonosa)*. W ostatnim przypadku u 16-letniego chłopca były ściany żołądka do 1 ctm. zgrubiałe, błona śluzowa białawo szara, zaćmiona, gładka, na przekroju widać w ścianach żołądka naciek żółtawy ropny, miejscami galaretowaty, soczysty, miękki. W dwunastnicy tuż pod odźwiernikiem widać w błonie śluzowej miejsce owrzodziałe wielkości centa, szarawe, resztkami czarnego strupa pokryte, do błony podśluzowej sięgające, które czyniło wrażenie wrzodu wąglikowego, badanie jednak prątków wąglikowych nie wykazało. Gruczoły chłonne około żołądka były nacieklé ropiasto podobnie i sieć, stąd ogólne ropne zapalenie otrzewny. W poprzednich 2 przypadkach nie znaleziono żadnego owrzodzenia. Wystąpienie 3 przypadków takich w krótkim czasie jest w każdym razie uderzającem.

2) Kol. Ziembicki przedstawia chorego z rozległą *teleangiectasis* twarzy, szyi i klatki piersiowej. Na rękojeści mostka mały guz miękki chełboczący, zwiększający się przy kaszlu — po uciśnięciu jego czuć otwór w mostku, który powstał prawdopodobnie przez nadmiernie rozszerzone naczynia podmostkowe.

3 Nastąpił wykład kol. Wehra o *molluscum contagiosum*, który będzie w całości ogłoszonym. W bardzo ożywionej dyskusyi o gregarynach, będących przyczyną tej sprawy chorobowej brali udział koll. Szpilman, Krokiewicz, Feigel, Kadyi i prelegent. *Dr. Mukowicz* sekretarz.

VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

III wykład. Dr. Podgórski: „O wskazaniach do resekcyi jelit pierwszorzędnéj.

Prelegent zestawił daty oparte na materyjale oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza. Wogóle wykonano 51 resekcyj z następujących wskazań:

1) Zgorzel jelita w przepuklinie uwięźniętéj była w 30 przypadkach wskazaniem do resekcyi; z tych w 16 nastąpiło zejście śmiertelne (50%; po odliczeniu zaś dawniejszych przypadków, nie nadających się do statystyki śmiertelność wynosi 40%), Oprócz tego założono w 11 przypadkach uwięźnięcia przepukliny rzyć sztuczną.

Operacyja ostatnia okazuje kolosalną odsetkę śmiertelności (81·8%); były to przypadki bardzo ciężkie. Z tego powodu, jakoteż wobec tego, że chorzy z sztuczną rzycią po pewnym czasie skazani są na drugą operacyję tj. na usunięcie takowéj, do wykonania tego rękoczynu przy zgorzeli przepukliny tylko w ostateczności uciekać się należy, i tylko wskazaną jest resekcyja jelita. Najlepszy rezultat osiągnięto wobec hernii Litrego (4 przypadki bez zejścia śmiertelnego).

2) Usunięcie rzyci sztucznéj jest drugiem wskazaniem do resekcyi. Przypadków takich operowano 8 z 37·7% śmiertelności.

3) *Occlusio interna* była w 10 przypadkach wskazaniem do resekcyi z śmiertelnością bardzo znaczną, bo wynoszącą 90%. Przyczyną tych złych wyników jest późne podejmowanie operacyi, a jak prelegent zauważył, najgorsze bywa rokowanie, jeżeli siedzibą niedrożności jest *flexura sigmoidea*.

Prócz tego wykonano resekcyję w jednym przypadku gruźlicy jelit połączonéj z niedrożnością, z wynikiem pomyślnym, w jednym przypadku raka jelita i w jednym zranienia jelita z zejściem śmiertelnem.

W dyskusyi zabiera głos Dr. Bar ą cz, który w zasadzie zgadza się, aby w obec świeżych przypadków uwięzgnięcia wewnętrznego, lub wobec przepukliny t. zw. elastycz-

néj wykonać resekcyję pierwszorzędną. Natomiast w przypadkach, w których wystąpiła zgorzel, radzi zakładanie rzyci sztucznéj.

Prof. Rydygier nie zgadza się z tłomaczeniem prelegenta, jakoby porażenie naczyń po odkręceniu pętli esowatéj i połączona z niem niedokrewność mózgu była przyczyną niepomyślnego zajścia po tym rękoczynie, lecz przypisuje to zejście zapaleniu otrzewny wywołanemu przez *bacillus coli*, prątek wykazany przez Fränkla, a wywołujący zmiany zapalne z małą tylko wypociną i w ogóle makroskopowo niezbyt widoczne.

Dr. Dembowski zwraca uwagę na to, że jak Thomas wykazał, w téj części jelita, która graniczy z częścią uległą zgorzeli, a którą uważamy za zdrową, na błonie śluzowéj nieraz znajdują się już zmiany, dla nas niedostrzegalne, mogące późniéj doprowadzić do przedziurawienia. Z tego powodu nie radzi wykonywać resekcyi pierwszorzędnéj, jeżeli kawałek jelita uległ zgorzeli.

Dr. Wehr opisuje przypadek uwięźnięcia przepukliny w którym resekował część jelita uległą zgorzeli już przez 8 dni i przekonał się po założeniu szwów jelitowych, że w części doprowadzającéj w odległości 5—15 ctm. od szwu znachodzi się kilka miejsc zgorzelinowych. Nie chcąc wykonać drugiéj resekcyi lub założyć *anus praeternaturalis*, wgłobił Dr. W. te części jelita, które uległy zgorzeli i obszył szwem Lamberta warstwę zewnętrzną. O wyniku przyrzeka mowca podzielić się jeszcze z uczestnikami sekcyi przed skończeniem się Zjazdu.

Doc. Trzebicky opowiada o dwóch podobnych przypadkach sztucznego wgłobienia.

W dyskusyi zabierają głos jeszcze: prof. Obaliński, i dr. Oderfeld z Warszawy przemawiając za wykonaniem resekcyi pierwszorzędnéj, Dr. Schramm radząc w przypadkach długo trwałego uwięźnięcia i znacznéj bębnicy zakładanie rzyci sztucznéj i następowéj resekcyi, prof. Rydygier, dr. Noniewicz i prelegent. (C. d n.)

Dr. Beck.

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** dnia 12 go sierpnia 1891. Rozpoczęła się pora, w któréj niemieckie firmy księgarskie zaczynają nas zarzucać kalendarzami lekarskiemi niemieckiemi. Pominąwszy, że kalendarze te obliczone są więcéj na potrzeby lekarzy innych prowincyj, że nieznajdujemy n. p. między zdrojowiskami podanemi z całéj Europy ani wzmianki o naszych polskich źródłach i miejscowościach klimatycznych, sądzimy, że należałoby nam poprzeć głównie kalendarz lekarski krakowski, znajdujący się właśnie w druku (jak świadczy inserat), a ułożony przez Dra Murdzieńskiego, z polecenia Tow. lek. krak., w miejsce wydawanego w latach poprzednich kalendarza Dra Stelli Sawickiego.

* Prof. dr. Adamkiewicz wniósł w kwietniu r. b. podanie do Ministerstwa oświaty i wyznań, aby mu celem dokonywania dalszych badań klinicznych nad chorymi dotkniętymi rakiem oddano odpowiedni oddział w wiedeńskim szpitalu powszechnym. Gdy to podanie prof. Adamkiewicza zasługiwało według zdania JE. pana Ministra na szczególne uwzględnienie i poparcie, zasięgnął JE. pan Minister zdania grona profesorów Wydziału lek. wiedeńskiego, jak należałoby postąpić, aby prof. A. dostarczyć odpowiedniéj liczby chorych na raka w jednéj z klinik wiedeńskich. Wydział Lekarski uniw. wiedeńskiego przychylił się jednogłośnie do wniosku referenta prof. Alberta, aby profesorowi Adamkiewiczowi dać sposobność do dalszych badań na materyjale kliniki chirurgicznéj prof. Alberta. Wskutek tego udzielił JE. pan Minister prof. Adamkiewiczowi urlopu na przeciąg najbliższego zimowego półrocza i zażądał od Wydziału Lek. Uniw. Jagiell. wniosków co do zastępstwa nieobecnego profesora. Prof. Adamkiewicz opuszcza Kraków już w dniach najbliższych.

* JE. pan Minister oświaty i wyznań zezwolił na ustanowienie demonstratora przy katedrze farmakologii i farmakognozyi w Uniw. Jagiell. na razie na przeciąg lat dwu od 1-go kwietnia 1892 r. za rocznem stypendyjum w kwocie 300 złr.

* Towarzystwo Lekarskie warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna w kwocie rs. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w roku 1893, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1 kwietnia 1888 roku do 31 grudnia 1892 roku. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu o jakim mowa przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1891, 1892 i w ciągu stycznia roku 1893, na ręce Sekretarza stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza stałego
Dr. Bolesław Gepner.

* Kwestyję desinfekcyi wagonów kolejowych, któremi udają się suchotnicy do stacyj klimatycznych na południu Francyi i Włoch podnoszono już w r. z. na Zjeździe berlińskim. Obecnie wznowiły pisma lekarskie tę sprawę i przytaczają, że dr. Prausnitz badając pył z wagonów używanych pomiędzy Berlinem a Meranem, a mianowicie szczepiąc go świnkom morskim, przekonał się, że na pięć zwierząt u dwu pojawiła się gruźlica. Na początek żądają pisma lekarskie ustanowienia przynajmniéj spluwaczek wypełnionych odpowiednią cieczą.

* Liczba samobójstw w Europie wynosi 60.000. Zdaje się jednak, że w rzeczywistości jest ona większą, liczne bowiem przypadki pozostają utajone. Największa liczba zdarza się w Niemczech, potem idzie Francyja i Anglija, najmniéj zdarza się wśród Słowian. W ogóle liczba samobójstw jest stosunkowo wyższą w krajach ucywilizowanych.

* Do d. 27 lipca było w Krynicy 3259 osób; w Truskawcu do 31 lipca 872 osób; w Szczawnicy do d. 7 sierpnia 2488 osób; w Cieplicach czeskich do dnia 5-go sierpnia gości 5052.

* W tygodniu 30-ym (od 26 lipca do 1 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 8, urodzin 45, skonów 38; z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 7, z nieżytu żołądka i jelit 6, z dławca i błonicy 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Następcą prof. Karola Brauna został zamianowany prof. dr. Fryderyk Schauta z Pragi. (Prof. Schauta były asystent prof. Spätha był następnie profesorem położnictwa w Insbrucku i Pradze w uniw. niemieckim).

* **Nekrologija.** W Gracu umarł prof. położnictwa dr. Karol Helly licząc lat 66; w Tuluzie prof. medycyny sądowéj dr. Duponchel; w Neapolu prof. Dattilo, znany ze swych doświadczeń przedsiębranych wraz z prof. Reale nad konserwowaniem zwłok.

W zastępstwie Redaktora: Dr. I. Schaitter.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza